



**Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD**

ALEIDA OLIVEIRA DE CARVALHO

**A CONSTITUIÇÃO DA MATERNIDADE FRENTE A IMINÊNCIA DE
MORTE DO FILHO RECÉM-NASCIDO**

Brasília
2017

ALEIDA OLIVEIRA DE CARVALHO

**A CONSTITUIÇÃO DA MATERNIDADE FRENTE A IMINÊNCIA DE
MORTE DO FILHO RECÉM-NASCIDO**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Dione de Medeiros
Lula Zavaroni

Brasília
2017

ALEIDA OLIVEIRA DE CARVALHO

**A CONSTITUIÇÃO DA MATERNIDADE FRENTE A IMINÊNCIA DE
MORTE DO FILHO RECÉM-NASCIDO**

Trabalho apresentado ao Centro
Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD)
como pré-requisito para a obtenção de
Certificado de Conclusão de Curso de
Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria
Psicanalítica.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Dione de Medeiros
Lula Zavaroni.

Brasília, 10 de maio de 2017.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Gilson Ciarallo

Prof^a. Dr^a. Lívia Milhomem Januário

A todas as mulheres que tão generosamente têm me
mostrado as grandezas e vicissitudes da
maternidade.

AGRADECIMENTOS

A professora Dione Zavaroni, pelos caminhos apontados, pelo conhecimento compartilhando e pelo grande respeito ao meu trabalho e modo de fazê-lo.

Aos meus pais que me acompanham e estimulam com tanto amor em todas as jornadas da minha vida.

Aos familiares, no que puderam compreender as minhas ausências, paixão e escolha pelos estudos.

As minhas companheiras de trabalho, em especial Fabi, Polly e Sandrinha, que me amparam e incentivaram de modo tão carinhoso durante o curso e a construção desse trabalho.

Aos meus colegas da especialização, Eveline, Gorete, Adriano, Nayara e Beth, sem a alegria e gracinhas de vocês esse percurso não teria sido tão significativo.

A Mateus, meu amor, que me comove diariamente com suas qualidades e seu cuidado tão genuíno. Obrigada por engrandecer minha alma.

(...) Vivo em eterna mutação, com novas
adaptações a meu renovado viver e nunca
chego ao fim de cada um dos modos de existir.
Vivo de esboços não acabados e vacilantes.
Mas equilibro-me como posso, entre mim e eu,
entre mim e os homens, entre mim e o Deus.

(Clarice Lispector, Um sopro de vida)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo tecer uma compreensão acerca de como se dá a construção da maternidade em mães primíparas com filhos recém-nascidos em cuidados paliativos em fase de terminalidade no ambiente de uma unidade de cuidados intensivos (UTI) neonatal. A questão norteadora deste trabalho foi: como se tornar mãe, na sua primeira experiência enquanto tal, diante da iminência de morte do filho recém-nascido? A constituição da maternidade diante do paradoxo do nascimento e da morte foi estudada a partir do método de revisão bibliográfica da literatura psicanalítica sobre os temas da construção psíquica da maternidade, relação mãe-bebê e luto, privilegiando Freud e Winnicott. Os resultados das discussões apontaram que as mães mesmo diante da traumática realidade da morte prevista do filho podem se constituir enquanto tal e sustentarem o exercício da maternagem por meio de um espaço psíquico intermediário entre essa realidade e seu mundo interno (fantasias, expectativas, idealização do filho e da maternidade) o qual facilitará a utilização de outros recursos psíquicos necessários para o exercício da função materna, tais como a identificação, a adaptação às necessidades do bebê por meio do estado de preocupação materna primária. Concomitante a essa constituição materna se dará o trabalho de luto, o qual não impossibilitará o estabelecimento da relação mãe-bebê e ocorrerá de modo a viabilizar a construção e preservação de uma lembrança de vitalidade desse filho.

Palavras-chave: Relação mãe-bebê. Luto materno. Constituição da maternidade. UTI neonatal.

ABSTRACT

This paper aims to provide an understanding of how the construction of maternity occurs in primiparous mothers with newborns in palliative care in the terminal phase in the environment of a neonatal intensive care unit (ICU). The guiding question of this work: how to become a mother, in the first experience as such, in the face of the imminent death of the newborn child? The constitution of motherhood in the face of the paradox of birth and death was studied from the method of bibliographical review of the psychoanalytic literature on the themes of the psychic construction of motherhood, mother-baby relationship and mourning, favoring Freud and Winnicott. The results and discussions pointed out that first-time mothers, even in the face of the traumatic reality of their son's foreseen death, can be constituted as mothers and sustain the exercise of motherhood through a psychic space between this reality and its inner world (fantasies, expectations, child and motherhood idealization), which will facilitate the use of other psychic resources necessary for the exercise of maternal function, such as identifying and adapting to the baby's needs through the state of primary maternal concern. Concomitant to this maternal constitution there is the handle of mourning, which will not preclude the establishment of the mother-baby relationship and will occur in a way to enable the construction and preservation of a memory of vitality of this child.

Key words: Constitution of maternity. Mother-baby relationship. Maternal grief. Neonatal ICU.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA DA MATERNIDADE: DA PRÉ-HISTÓRIA EDÍPICA AO ENCONTRO COM O BEBÊ REAL.....	12
1.1. O complexo de Édipo feminino e o nascimento do desejo pela maternidade.....	12
1.2. O narcisismo e sua relação com a maternidade	15
1.3. A gestação e o encontro com o bebê: aspectos subjetivos.....	17
2. A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ	21
2.1. Preocupação materna primária: uma preparação especial para a relação da mãe com o bebê.....	22
2.2. Funções primordiais da maternagem suficientemente boa	26
2.2.1. Holding	26
2.2.2. Handling	28
2.2.3. Apresentação de objeto.....	28
2.3. Espaço potencial e objetos e fenômenos transicionais	30
3. SER MÃE NO AVESSO DO NASCIMENTO	32
3.1. Uma ferida narcísica reaberta	35
3.2. Luto e Melancolia	35
3.3. O enlutamento das mães diante do risco de morte do bebê	37
3.4. Tornar-se mãe frente a iminência de morte do filho: uma construção possível..	39
CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS.....	47

INTRODUÇÃO

Uma serenidade em meio ao caos... foi assim que o presente estudo se iniciou. Em um dia corriqueiro de trabalho em uma unidade de internação materno-infantil fui solicitada a avaliar o estado emocional de uma mãe e conforme a avaliação talvez prosseguir com o acompanhamento psicológico. A mãe em questão estava como acompanhante da sua filha primogênita recém-nascida internada na Unidade de Cuidados Intensivos (UTI) neonatal desde o nascimento, a criança apresentava um grave problema genético com poucas chances de sair viva da internação.

Mas o que gerou a demanda não foi a gravidade do estado do bebê, a quase inexorável perda para mãe, e todos os impactos psíquicos que isso lhe causaria, na verdade, foi a tranquilidade da mãe. Como estar serena frente a essa realidade? Só poderia não estar “entendendo o quadro clínico e os riscos a vida ou poderia estar negando”... e foi assim que me passaram a demanda.

Entretanto, a mãe compreendia muito bem o estado da filha, não negara em nada sua condição e vivia a internação da bebê com aparente tranquilidade, encontrou rapidamente seu lugar materno em meio ao turbulento ambiente da UTI, realizava com satisfação as tarefas maternas que eram possíveis, manteve-se resiliente durante todo o período de vida da filha, vivendo intensamente a grande alegria que sentia de ser mãe, principalmente quando o quadro clínico estava estável e permitia um pouco de tranquilidade.

Após os primeiros atendimentos pude compreender a inquietação da equipe, creio que até compartilhei dela em alguns momentos: como pode essa mulher ser capaz de forjar-se mãe nesse espaço temporal angustiante do nascimento atravessado pela sentença da morte? Como investir na construção da maternidade quando se vivencia concomitantemente o luto pelo filho? Assim, diante dessas questões nasceu o presente trabalho...

Diante desses aspectos, o presente estudo tem o intuito de tecer uma compreensão acerca de como se dá a construção da maternidade em mães com filhos primogênitos recém-nascidos em cuidados paliativos em fase de terminalidade. Essa modalidade de cuidado é uma abordagem que visa manter a qualidade de vida de pacientes - e seus familiares - no seu processo de morrer,

prevenindo, aliviando o sofrimento e garantindo a dignidade do paciente (KRODI, 2008).

Sabe-se que a experiência de dar vida a um filho doente ou a morte dele logo após o nascimento rompe com a ilusão de uma ordem natural da vida. Também interrompe sonhos, expectativas e os ideais de completude que normalmente são depositadas na criança que está por vir (IACONELLI, 2007; FREIRE, 2012; GOMES; PICCININI, 2010). O encontro com o filho real numa UTI, não corresponde às expectativas construídas pela mãe e ameaça o seu papel materno, exigindo uma adaptação e luto pelos sonhos e idealizações construídas (MARSON, 2008). Essa realidade deixa marcas profundas na mulher e compreender a dinâmica psíquica dessa vivência ambivalente de construir-se mãe e despedir-se do filho se faz essencial para qualificar o trabalho de psicólogos e psicanalistas com essas mães.

Perante isso, o presente estudo se construiu em torno da seguinte questão: como se fazer mãe, na sua primeira experiência enquanto tal, diante da iminência de morte do filho primogênito recém-nascido? Tendo como objetivo geral investigar, a partir da teoria psicanalítica, os fatores envolvidos no processo de construção da maternidade em mães primíparas com filhos recém-nascidos em fase de terminalidade que necessitam de cuidados médicos e internação em UTI neonatal desde o nascimento. E objetivos específicos 1) compreender como se dá o processo de construção da maternidade; 2) identificar os recursos psíquicos envolvidos no exercício da maternagem com filhos recém-nascidos em cuidados paliativos em fase terminal; e 3) investigar quais as implicações da vivência do luto no processo de tornar-se mãe.

Este estudo se caracteriza como uma reflexão teórica psicanalítica, privilegiando os seguintes temas: construção da maternidade, relação mãe-bebê e luto. Dentre os teóricos psicanalíticos clássicos optei por Freud e Winnicott, e também lancei mão de autores psicanalíticos estudiosos desses temas destacados dentro do contexto de internação na UTI e de adoecimento e/ou morte do bebê.

Diante das diversas possibilidades de abordar a questão escolhi por circunscrever minhas reflexões do seguinte modo: a) com mães primigestas, ou seja, a primeira gestação, por compreender o lugar de destaque que o primogênito tem na história de vida da mulher, segundo a perspectiva freudiana; e também por considerar que a experiência concreta da maternidade com outros filhos traria variáveis que não se enquadram nos objetivos desse estudo; b) naqueles casos em

que pouco tempo após o parto a criança é considerada fora da possibilidade de tratamento e se mantém viva durante o período de dependência absoluta (aproximadamente 4 meses), conforme a teoria do amadurecimento de Winnicott; c) parto do pressuposto de que há uma mãe desejante.

O trabalho a seguir está estruturado em três capítulos, iniciando com um percurso referente a constituição psíquica da maternidade, desde as relações pré-édipianas da menina, passando pelo complexo de Édipo, o narcisismo e sua singularidade na maternidade e posteriormente os aspectos subjetivos da gestação e do encontro com o bebê real, sigo esse caminho por compreender que o tornar-se mãe se inicia muito antes do nascimento de um filho, sendo seu início localizado nos primórdios da história infantil da mulher se consolidando durante todo o seu percurso de vida.

A seguir, no segundo capítulo, após o percurso traçado anteriormente, me questiono como se dá a relação da mãe com o bebê? Neste sentido, o referido capítulo aborda a relação mãe-bebê, examinando as condições para ser uma mãe suficientemente boa, conforme a teoria Winnicottiana. Isso dará base para as discussões do capítulo seguinte sobre os impactos da internação do recém-nascido na relação da díade mãe-bebê e especialmente no psiquismo materno.

O terceiro capítulo, abordará as nuances da constituição materna no ambiente da UTI neonatal, visto que, nos casos de cuidados paliativos em recém-nascidos na fase terminal esse é geralmente o único ambiente de convívio da mãe com o bebê. Será abordado também a vivência dos diversos lutos que essa situação traz, inclusive o luto pela iminência real da morte do filho; aqui articulo um caminho possível para a constituição da maternidade concomitante ao luto diante do prenúncio da perda do filho. Por fim, teço as conclusões que foram possíveis alcançar conforme os objetivos traçados. Convido-os agora para trilharem esse caminho...

1. CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA DA MATERNIDADE: DA PRÉ-HISTÓRIA EDÍPICA AO ENCONTRO COM O BEBÊ REAL

1.1. O complexo de Édipo feminino e o nascimento do desejo pela maternidade

Para discutirmos o ser mãe, privilegiaremos inicialmente o tema do complexo de Édipo, considerando que este é um conceito essencial na constituição subjetiva pois “designa uma estrutura fundamental das relações interpessoais” (LAPLANCHE; PONTALIS, p. 116, 1988), a partir da experiência emocional, sentimentos amorosos e hostis, que a criança vivencia na relação com os pais. Também dar-se-á ênfase ao complexo de castração, visto que, é esse que viabiliza o ingresso da menina no Édipo.

Esses dois conceitos têm papel fundamental no processo de desenvolvimento da sexualidade humana e levaram Freud a significativas considerações sobre a questão da maternidade. Segundo as teorizações do psicanalista a maternidade e a feminilidade estão intrinsecamente relacionadas e o ser mãe seria uma via de acesso a “feminilidade normal” (FREUD, 1925/1996).

Freud ao estudar as implicações psíquicas da descoberta da diferença anatômica, aponta que inicialmente tanto as meninas como os meninos têm a mãe como primeiro objeto de amor, e que ao longo do desenvolvimento sexual essa relação com objeto de amor primordial assume distintos caminhos para cada um dos sexos. No caso dos meninos a mãe continua como objeto amoroso durante o complexo de Édipo, no qual ele percebe a natureza das relações entre o pai e a mãe e elege a figura paterna como rival. Já a menina, abandona essa relação com a mãe havendo, então, um deslizamento para o pai, o qual passa a ser seu novo objeto de amor (FREUD, 1924/1996; FREUD, 1925/1996).

Ao constatar essa migração da menina quanto ao objeto primordial, Freud percebe que para esse sexo a pré-história das relações edípicas tem uma importância significativa na sua sexualidade. O autor aprofunda a questão referindo que a marca da relação da mãe com a criança, seja ela menino ou menina, são os desapontamentos gerados por algumas situações comuns da vida e da própria função materna, como por exemplo, a interdição da masturbação; ou o ciúme do irmão que nasceu; tais fatos frustram o infante em suas exigências de “amor

ilimitado e posse exclusiva que não se contenta com menos que tudo” (FREUD, 1931/1996, p. 266).

Nas meninas esses desapontamentos e frustrações dão espaço para uma forte hostilidade e sentimento de ódio na relação materna, o que apesar de ser vivenciado pelos meninos ganha outro destino que não o desligamento da mãe enquanto objeto de amor. Deste modo, Freud chegou à conclusão que o que estaria no cerne desse desligamento seria a decepção causada pela descoberta que a menina não tem pênis, e assim, o pai passa a representar uma promessa de que tudo que lhe fora negado pela mãe agora poderá alcançar por meio da figura paterna.

Para compreender melhor tal aspecto é necessário considerar que inicialmente no percurso do desenvolvimento sexual, as meninas desfrutam do seu clitóris, que nessa fase seria homólogo ao pênis, porém em tamanho inferior – marcando uma sexualidade ainda masculina; posteriormente ao descobrirem o órgão genital masculino são tomados pela “esperança de algum dia obter o pênis, apesar de tudo” (FREUD, 1925/1996, p.285). Diferentemente dos meninos, que ao perceberem a diferença anatômica a rejeitam e futuramente ao serem ameaçados quanto a integridade do seu órgão sexual, retomam essa percepção e passam a acreditar na possibilidade de concretização da castração (FREUD, 1925/1996).

Além da esperança das meninas de obterem um pênis, há também o sentimento de inveja do pênis; tal reação frente a castração pode gerar três consequências psíquicas: o sentimento de inferioridade como punição a si mesma, sentimento de ciúme como representante do deslocamento da inveja e o afrouxamento da relação afetiva da menina com sua mãe devido a culpa que atribui a essa por não possuir um pênis. Essa última consequência acarreta em uma relação de hostilidade e ódio com a figura materna (FREUD, 1931/1996).

A inveja do pênis ainda impulsiona a menina ao novo posicionamento na triangulação pai-mãe-criança, referido anteriormente, no qual adota o pai como novo objeto amoroso e então ingressa no complexo de Édipo. Neste momento, é notório mais uma diferença entre o desenvolvimento sexual da menina e do menino; para a primeira a castração é uma condição, ou seja, ela não tem mais o que perder, já para os meninos incide como uma feroz ameaça que dá fim ao complexo de Édipo, em outras palavras o medo da castração o faz abandonar seus desejos incestuosos. Portanto nas meninas a castração é o que possibilita a inserção no complexo de

édipo, bem como o acesso a feminilidade; para Freud o complexo de castração “inibe e limita a masculinidade e incentiva a feminilidade” (FREUD, 1925/1996, p. 289), do mesmo modo, precede e prepara a cena edípica. Além disso, as meninas permanecem no complexo de Édipo “por tempo indeterminado, destroem-no tardiamente, ainda assim, de modo incompleto” (FREUD, 1932/1996, p. 129; FREUD, 1925/1996).

As meninas na busca pela realização dos seus desejos necessitam dar outra roupagem a esses para que um dia seja possível alcançá-los, assim:

“Desliza – ao longo da linha de uma equação simbólica, poder-se-ia dizer – do pênis para um bebê. Seu complexo de Édipo culmina em um desejo, mantido por muito tempo de receber do pai um bebê como presente – dar-lhe um filho. Tem-se a impressão de que o complexo de Édipo é então gradativamente abandonado, uma vez que esse desejo jamais se realiza. Os dois desejos – possuir um pênis e um filho – permanecem fortemente catexizados no inconsciente e ajudam a preparar a criatura do sexo feminino para seu papel posterior (FREUD, 1924/1996, p. 223-224).

É importante destacar que a relação pré-edípica entre mãe e filha é muito intensa, e posteriormente, mesmo marcada por forte ambivalência, não deixa de influenciar a vida da menina e suas escolhas objetais. Freud mostra que essa relação envolve objetivos sexuais tanto ativos quanto passivos e relembra que as primeiras experiências de prazer estão relacionadas a mãe e tem caráter passivo, tais como o ato de ser alimentada, limpa, vestida e ensinada a desempenhar suas funções. Uma parte da sua libido goza dessa satisfação e outra tende a se tornar ativa, e é inicialmente por meio do brincar que a criança consegue fazer isso - reproduz de forma ativa a experiência psíquica que teve na relação afetiva com a mãe. As brincadeiras de boneca ou casinha mostram a identificação da menina com a figura materna, ao mesmo tempo que ensina a criança a ser mãe (FREUD, 1923/1996; FREUD, 1931/1996).

Destarte, à guisa de traçar algumas considerações diante das questões apresentadas, compreende-se que para o Freud é na maternidade que está uma das possibilidades de desfecho do Édipo feminino e deste modo, a menina seria capaz de alcançar a “feminilidade normal e desejável”. Destaca-se ainda dois aspectos significativos sobre a questão da maternidade, conforme essa perspectiva psicanalista: o primeiro é que essa e a feminilidade seriam equivalentes, o segundo é que a demanda por um filho é uma tentativa da mulher concretizar sua reivindicação infantil pelo pênis, e por isso a maternidade estaria longe de ser uma relação de completude, pelo contrário, ela evidencia a condição faltante da mulher,

sendo, como apontou Brousse (1993 *apud* FARIAS; LIMA, 2004, p.16), um dos nomes da castração.

Nota-se então, que a maternidade em Freud se confunde com a feminilidade, com o tornar-se mulher; o feminino é construído entorno de sentimentos de inveja, hostilidade e reivindicação de amor, que também marcará a maternidade. Nesse sentido, o bebê vem como representante da promessa edipiana de amor capaz de reparar todos os golpes narcísicos vivenciados na relação da mulher com a mãe.

1.2. O narcisismo e sua relação com a maternidade

Após discutir o surgimento do desejo da mulher por um bebê, abordarei a questão do investimento afetivo de uma mãe em seu filho a partir do conceito do narcisismo, deste modo, abordaremos alguns artigos de Freud (1914/1996) acerca do tema, dando destaque para o texto “Sobre o Narcisismo: uma Introdução”. Nesse texto, o autor aponta que a partir das observações psicanalíticas percebeu-se que o narcisismo, até então compreendido como uma psicopatologia sexual - por se referir a pessoas que tratam o corpo como próprio objeto sexual - se trata de uma localização libidinal presente no curso do desenvolvimento sexual de todos os seres humanos, uma fase intermediária entre o autoerotismo e o amor objetal. (FREUD, 1914/1996)

Em definição mais clara, o narcisismo se trata do investimento libidinal no próprio ego, sendo posteriormente parte desta transmitida a objetos:

O indivíduo empenhado no desenvolvimento e que sintetiza em uma unidade suas pulsões sexuais de atividade autoerótica para ganhar um objeto de amor, toma primeiro a si mesmo, a seu corpo próprio [como objeto], antes de passar deste à eleição de objeto numa pessoa alheia (FREUD, 1911/1996, p. 56).

Neste primeiro momento, no qual o indivíduo toma a si mesmo como objeto, Freud (1914/1996) atribui a existência de um narcisismo primário. Tal narcisismo vem a partir de um outro, que faz os primeiros investimentos no indivíduo, geralmente a mãe ou um substituto dessa, provocando as primeiras experiências de satisfação e a percepção unificada de si. Esse outro geralmente passa a ser o primeiro objeto de amor, no qual o indivíduo investirá parte da libido do seu ego com o intuito de se manter no lugar privilegiado que esse o colocara

inicialmente e resgatar as experiências de satisfação que tivera outrora; tal investimento objetal externo é chamado de narcisismo secundário (FREUD, 1914/1996).

Freud (1914/1996) ainda conclui a existência de dois percursos possíveis para a escolha de objeto pela criança, um estaria relacionado aos dois objetos sexuais primários – a mulher que cuidou dela e o homem que a protegeu - uma escolha objetal anaclítico, na qual se transfere o narcisismo vivenciado na infância para o objeto e a outra possibilidade é *ela própria*, uma escolha narcísica, onde ama-se a si mesmo, ao que se foi, ao que se gostaria de ser e, à pessoa que foi parte de si mesmo. A relação entre o investimento dessas duas libidos narcísica e objetal seria inversamente proporcional, enquanto uma aumenta, a outra se empobrece (FREUD, 1914/1996).

É nessa possibilidade de escolha objetal narcísica que Freud (1914/1996) situa a relação afetiva dos pais com os filhos. Ele explica que é a partir do próprio narcisismo que a mulher é capaz de amar a criança que cresce em si, e assim colocam o filho no lugar de *Sua Majestade, o Bebê*, lugar o qual ela mesmo imaginava ocupar, buscando, por meio da valorização afetiva da criança, reviver e reproduzir seu próprio narcisismo infantil que ao longo do desenvolvimento necessitou ser abandonado (FREUD, 1914/1996).

Um filho tem, nesse sentido, uma função “reparadora” do narcisismo dos seus próprios pais, principalmente o primogênito, de trazer a possibilidade de concretizar todos os sonhos e expectativas que os pais não realizaram, bem como de alcançar todos os ideais que o ego dos pais perseguem para enfim sentirem-se plenos; e também porque “no ponto mais sensível do sistema narcisista, a imortalidade do ego, tão oprimida pela realidade, a segurança é alcançada por meio do refúgio na criança” (FREUD, 1914/1996, p.98).

A maternidade traz algumas singularidades para o conceito do narcisismo, que se apresentam desde a gestação. Alguns psicanalistas contemporâneos discutem essas especificidades e até sugerem que a equação freudiana sobre libido narcísica e objetal precisaria ser repensada quanto ao período gestacional, postulam que “o objeto investido durante a gravidez não difere do eu, já que, aparentemente, visa a própria pessoa” (BYDLOWSKI, 2000 *apud* FERRARI; PICCININI; LOPES, 2006, p.272). Nesse sentido, o processo de investimento libidinal materno no filho durante a gestação não ocorre em detrimento do seu

narcisismo, ocorreria um “... sobreinvestimento narcisista daquilo que é sentido como uma produção endógena, como algo que vem acrescentar-se ao próprio corpo” (AULAGNIER, 1990 *apud* FERRARI; PICCININI; LOPES, 2006, p.310); assim, podemos concluir que o bebê, objeto investido durante a gravidez, não difere do eu da mulher, já que os dois inicialmente são a mesma pessoa, de tal modo que na gestação o investimento libidinal seria ao mesmo tempo objetual e narcísico. Só após nascimento do bebê, é que haveria o aumento da libido objetual em detrimento da narcísica (FERRARI; PICCININI; LOPES, 2006).

Freud (1914/1996), no seu estudo sobre o narcisismo também oferece elementos para se pensar o amor materno. Para as mulheres “a criança que gerarão apresentar-se-á diante delas como se fosse uma parte de seu próprio corpo, na forma de outro objeto, e, assim partindo de seu próprio narcisismo, elas podem dedicar-lhe todo o seu amor objetual” (FREUD, 1914/1996, p. 109). A mulher para ter a capacidade de investir narcisicamente em um filho, teria que amar o que é, o que foi e o que gostaríamos de ser, assim como aqueles que cuidaram dela (FREUD, 1919/1996). Desse modo, é possível concluir que o amor materno seria o narcisismo da mãe ressurgido do seu narcisismo primário.

Exatamente por essa característica do amor materno e do lugar que um filho ocupa no psiquismo materno, pode-se prever o impacto devastador que a morte do filho traz, a ferida narcísica que se abre, uma perda de parte do seu próprio eu.

1.3. A gestação e o encontro com o bebê: aspectos subjetivos

Como nos aponta Freud, o percurso da maternidade é um processo longo que se inicia muito antes do nascimento ou concepção do bebê, e trata-se de um torna-se, um vir a ser. Segundo Piccinini et al. (2008), a maternidade “se constitui a partir das primeiras relações e identificações da mulher, passando pela atividade lúdica infantil, a adolescência, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita”. Em outras palavras pode-se dizer que o tornar-se mãe está atrelado à constituição subjetiva da mulher (PICCININI et al., 2008, p.64).

Assim, ao longo da linha de vida da mulher pode-se observar o desejo de ser mãe manifestado a partir das brincadeiras infantis, nas quais a menina ocupa o lugar materno exercendo os cuidados que outrora recebeu, essas experiências vão

se integrando e deixando marcas nos processos inconscientes de identificação da menina com seus pais, os quais se iniciam antes da organização do pensamento, nos primeiros cuidados e trocas afetivas (LEBOVICI, 1987).

Durante a gravidez, a mulher no processo de tornar-se mãe reedita e reatualiza aspectos de sua própria história constitutiva para construir seu lugar materno e, conseqüentemente, o lugar subjetivo para seu bebê (FERRARI; PICCININI; LOPES, 2006). Bydlowski (2002) sugere que o processo gestacional é uma experiência interior única, que altera o modo de funcionamento do psiquismo, deixando-o mais susceptível aos fragmentos do inconsciente, a esta particularidade a autora chama de *transparência psíquica* (BYDLOWSKI, 2002).

A transparência psíquica, que caracteriza o “psiquismo grávido”, pode ser compreendida como este estado particular descrito acima, no qual há um grande retorno de fantasias regressivas, caracterizadas pela presença de memórias infantis, que promovem a “reativação de lembranças e de antigas representações que testemunham, fundamentalmente, um psiquismo em transparência” (COSTA, 2006 p. 17). Essa transparência se faz possível, segundo Bydlowski (1997), por dois aspectos: o rebaixamento das defesas e o investimento psíquico materno sobre o bebê. O crescente investimento de energia psíquica na criança proporciona um rebaixamento das defesas sobre os conteúdos inconscientes maternos, o que abre caminho para o retorno do passado infantil da gestante, “estas mulheres estabelecem sem obstáculos uma relação evidente entre a situação da gestação atual e as lembranças do seu passado” (BYDLOWSKI, 1997 *apud* COSTA, 2006, p.14).

Esse novo modo de funcionamento psíquico na gestação gera um movimento de interiorização, como consequência tem-se o desinvestimento do mundo exterior e crescente investimento em si. No início da gravidez a criança está no campo das ideias, posteriormente com o seu desenvolvimento passa a ser sustentada pelas percepções sensoriais, e assim, entra em jogo a dinâmica narcísica que vai oferecendo um sentido àquele corpo inicialmente estranho que se constitui no útero. O crescimento da barriga evidencia cada vez mais esta presença e provoca a intensificação do investimento narcísico, uma vez que o objeto de investimento (a barriga e o bebê) pertence ao corpo da própria pessoa (FERRARI; DONELLI, 2010).

Com o avançar da gestação os movimentos fetais e as alterações corporais maternas são interpretadas a partir de construções imaginativas, as quais a mãe tece em relação ao futuro bebê e a si mesma enquanto mãe. As expectativas quanto ao bebê, bem como quanto a sua capacidade de ser mãe vão decorrer de uma dupla identificação, do que a mulher foi para sua mãe e do que sua mãe foi para ela; e das marcas que essa relação deixou na sua constituição psíquica. O movimento de renascimento narcísico, bem como a dupla identificação, possibilita que o bebê vá se tornando, para a mãe, um objeto privilegiado (FREUD, 1914/1996).

Durante a gravidez, a criança tem um duplo status, ao mesmo tempo presente no interior do corpo da mãe e em seus pensamentos conscientes e inconscientes, mas ausente da realidade visível, assim só podendo ser objeto das “interações fantasmáticas”, onde o que está em questão são essencialmente os conteúdos psíquicos da mãe, em torno desse objeto ainda eminentemente narcísico que é o bebê, que existe sem existir (ARAGÃO, 2007).

Mathelin (1999) descreve a gestação como um tempo de elaboração “indispensável, pois permite à criança tomar corpo não só no ventre da mãe, mas também em seu fantasma” (MATHELIN, 1999, p.66). Nessa construção imaginária do bebê pela mãe, é importante considerar as modificações que precisam se dar em seu narcisismo, no sentido de permitir a criação do espaço para esse bebê, não só em seu corpo, como também em seu psiquismo; para isso é necessário que a mãe construa antecipadamente o eu do bebê. A partir desse processo, a mãe personifica o feto, atribuem-lhe características e inicia assim uma relação com a criança. É nessa relação imaginária construída desde o início da gravidez que o feto passa a ser visto pela mãe como um bebê, um corpo completo e unificado. É neste corpo imaginado que a mãe irá investir libidinalmente, passando aos poucos a reconhecer esse bebê como um corpo separado do seu (AULAGNIER, 1994 *apud* GIANLUPI, 2003; BRAZELTON; CRAMER 1992; ARAGÃO, 2007).

A função da construção do bebê imaginado no psiquismo materno seria de possibilitar à vinculação da mãe ao bebê, com a construção dessas fantasias acerca da criança, segundo a literatura, anteciparia a relação da mãe com seu filho, facilitando o encontro com o bebê real o qual não seria apenas um entrincho, ele também representaria um ideal de quem poderá realizar e reparar tudo aquilo que não foi realizado, nem reparado pela própria mãe e sua linhagem (IACONELLI, 2007). Outra função seria poupar a mãe de vivenciar o parto apenas como um

momento de luto, como uma perda de parte do seu próprio corpo, já que o trabalho de parto é uma realidade, geralmente dolorosa, que se impõe de modo inevitável sobre a relação imaginária, na qual a mãe se amparava (LEBOVICI, 1987).

A chegada de um bebê nunca corresponde inteiramente as expectativas da mãe, e com o final da gestação é necessário fazer o trabalho de transformar o bebê estrangeiro em familiar. Esse descompasso inicial exige simultaneamente a mãe manter algo do bebê imaginado, para continuar investido nele, e realizar as reestruturações a partir das características do bebê real, para conseguir acolhê-lo como sujeito em suas necessidades (GIANLUPI, 2003). Neste sentido, a mãe convive com mais de um bebê na sua mente: 1) o bebê edípico da fantasia, o mais inconsciente de todos que traz os desejos infantis dessa mulher; 2) o bebê imaginário, o resultado da produção dos sonhos despertos, das expectativas que se poderia designar sob o nome de fantasias conscientes; 3) o bebê da realidade, que se apresenta após o nascimento na sua extrema debilidade (LEBOVICI, 1987).

A criança fantasiada, a criança imaginária e a criança da realidade produzem, ao mesmo tempo, efeitos na mãe. A criança da realidade que inquieta e encanta logo conduz à criança da fantasia, resultado das primeiras relações objetais da mãe, da relação com seus pais e dos conflitos imagóicos que vivenciou. Tal criança também exige o reposicionamento da mãe no sistema das relações interpessoais e intrapessoais (LEBOVICI, 1987).

No que tange as mães em sua primeira gestação, que é o recorte feito nesse estudo, pode-se observar a partir da literatura que esse processo de constituição subjetiva da maternidade desde a gestação até o encontro com o bebê, tende a ser mais intenso, inclusive no que se refere às expectativas construídas, e ansiogênico. Distintos estudos apontam que é comum a presença do sentimento de insegurança frente ao acontecimento desconhecido do parto e ao início do exercício da maternidade (MALDONADO, 1986; PICCININI et al., 2008).

2. A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ

Nesse capítulo será discutido a relação mãe-bebê a partir das contribuições teóricas de Winnicott acerca do tema. Esse autor foi um psicanalista e pediatra que demonstrou com sua teoria do amadurecimento pessoal como os fundamentos da constituição subjetiva e o desenvolvimento psíquico, emocional e afetivo humano se dão a partir de relações e processos que ocorrem em momentos bem primitivos do desenvolvimento.

Considerava que “a saúde mental do ser humano tem suas bases assentadas na primeira infância pela mãe” (WINNICOTT, 1948, p. 236) e com esse fundamento privilegiou nas suas investigações a relação primitiva mãe-bebê, aprofundando o estudo da função da mãe nas fases mais iniciais do desenvolvimento. Nesse momento o bebê e sua mãe seriam uma unidade psíquica, segundo o psicanalista o bebê não existe a não ser na relação com a mãe, “sempre que se encontra um lactente se encontra o cuidado materno, e sem cuidado materno não poderia haver um lactente” (WINNICOTT, 1983, p. 40).

No início da vida o bebê é um corpo biológico com tendência para o crescimento físico e também com potencial para o desenvolvimento da personalidade. O que vai possibilitar o desenvolvimento ou não desse potencial é o meio ambiente, que inicialmente é a *mãe*, a qual poderá funcionar como um meio ambiente suficientemente bom, aquele que vai permitir ao bebê se desenvolver de forma apropriada, de acordo com sua capacidade inata, ou como um ambiente não suficiente que distorce o desenvolvimento do bebê (WINNICOTT, 1956/2000). Para exercer essa função tão importante para o seu bebê, a mãe passa por um processo de “preparação” tanto consciente como inconsciente, que abordaremos detalhadamente no subtópico a seguir.

O estudo de Winnicott da díade mãe-bebê tinha um foco especial no bebê, na compreensão do seu desenvolvimento emocional e da influência do ambiente nesse processo. A proposta aqui é pensar - a partir do ensinamento do autor no que tange essa relação - o outro lado díade, a mãe, e seu estado emocional ao desempenhar essa função.

Destarte, dentre os aspectos que compõe a relação mãe-bebê, privilegiaremos no presente capítulo a fase inicial dessa relação, denominada pelo autor de fase da dependência absoluta do bebê, considerando que as mães que estão no foco nesse estudo têm apenas a oportunidade de vivenciar a relação com seus bebês durante essa fase, pois a expectativa de vida dessas crianças se limita aos primeiros meses de vida. E a fase de *dependência relativa*, na qual será dado destaque aos conceitos de ilusão e transicionalidade, por entender que esses conceitos fornecerão base para discutirmos posteriormente os recursos psicológicos que as mulheres utilizam para dar conta de serem mães nessa realidade, frente uma condição de perda iminente do filho.

2.1. Preocupação materna primária: uma preparação especial para a relação da mãe com o bebê

Para Winnicott (1987/1999), a pessoa mais capacitada para cuidar do seu bebê seria sua própria mãe, simplesmente pelo fato de que essas são capazes de, através de um estado de devoção (dedicação) comum aos seus filhos, oferecer as condições adequadas para que esses se desenvolvam de modo saudável. A mãe teria o papel de prover para a criança um ambiente em que seus processos de maturação não fiquem inibidos, possibilitando com que ela concretize todo seu potencial de desenvolvimento (WINNICOTT, 1963/1983; WINNICOTT, 1987/1999).

Para ser capaz de realizar isso a mãe necessitaria ter um suporte familiar/conjugal/social adequado para se permitir viver uma profunda relação com seu bebê, sem ter outras preocupações além da relação com a criança. Segundo Winnicott (1987/1999) “quando o bebê está pronto para nascer e a mãe possui um suporte adequado (esposo, previdência social) ela está preparada para uma experiência na qual ela sabe, muitíssimo bem, quais são as necessidades do bebê” (WINNICOTT, 1987/1999, p.4).

A mãe devotada comum se adapta sensível e ativamente às necessidades de sua criança, que inicialmente depende absolutamente do ambiente. Winnicott (1983) afirma que nesse início “não existe essa coisa chamada bebê” (WINNICOTT, 1983, p. 40), essa frase de impacto permite pensar, como já citado anteriormente, que o bebê só existe a partir da relação com a mãe e o ambiente, e

sua existência enquanto pessoa só é possível nesse campo relacional de constituição que é, inicialmente, o ambiente maternante.

Nesse sentido, as necessidades do bebê não se referem só a capacidade de a mãe saber se ele está com fome, mas as coisas mais sutis envolvidas na relação com o bebê. As mães fazem isso agindo de modo natural e ultrapassam a satisfação das exigências fisiológicas, entram numa conexão com o bebê que as tornam capazes de identificar nuances que ninguém fora dessa relação é capaz, como por exemplo, se a criança precisa de colo ou ser deixado a sós, ou ser mudado de posição (WINNICOTT, 1987/1999). É comum observarmos que poucas horas após o parto algumas mães já sabem definir qual posição o recém-nascido fica mais à vontade para mamar, esse “saber” sobre o filho só é possível quando se está fusionada a criança.

Essa maternagem irá permitir não só o desenvolvimento físico do bebê, como também o desenvolvimento do *eu*, constituindo-se uma pessoa integral. Loparic (1999), ao escrever sobre a teoria do amadurecimento pessoal, afirmou que o “humano nasce sem ser ainda um si mesmo, um alguém, sem ter base para existir” (LOPARIC, 1999, p. 22), esse alicerce ele tomará emprestado dos cuidados maternos e antes de qualquer coisa o bebê terá que ser a mãe, e só poderá ser ele mesmo com a presença confiável dela, do seu colo, local onde começará a ser si mesmo (LOPARIC, 1999).

O processo de ter um filho implica sempre num encontro com o desconhecido, apesar desse novo ser iniciar seu desenvolvimento no corpo da mãe, e após o nascimento depender totalmente dela e do ambiente que lhe proporciona, essa criança se tornará algo que está fora do controle de qualquer um, pois os pais dependem das tendências hereditárias da criança e em termos psicológicos o bebê “é ao mesmo tempo dependente e independente” (WINNICOTT, 1963/1983, p.81). Mesmo assim cabe a mãe uma função essencial, o papel materno, enquanto cuidadora primordial. Tal papel é extremamente complexo e exige uma adaptação absoluta às necessidades do bebê; nessa fase inicial do cuidado e do desenvolvimento não há negociação, a questão central é que a mãe não desaponte seu bebê (WINNICOTT, 1963/1983).

Especialmente para as mães esse lugar traz tremendas exigências pois inicialmente elas sozinhas são o mundo dos filhos e terão que se adaptar a eles da melhor forma possível. Winnicott observou que para dar conta dessa tarefa a mãe

vai se tornando especialmente orientada para as necessidades do seu filho e se identifica com ele de modo consciente e inconsciente. A este estado especial ele chamou de *preocupação materna primária*, e a caracterizou como uma condição que “gradualmente se desenvolve e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante e especialmente, no final da gravidez, continua por algumas semanas depois do nascimento da criança; não é facilmente recordada uma vez tendo a mãe se recuperado dela; eu iria mais além e diria que a recordação que a mãe tem deste estado tende a ser reprimida” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 493; WINNICOTT, 1963/1983).

Esse estado de sensibilidade exacerbada se dá de modo simples e natural, como comumente as mães dedicadas fazem. “Inicialmente essas necessidades são corporais e gradualmente tornam-se necessidades do ego, à medida que, a partir da elaboração imaginativa da experiência física, surge a psicologia” (WINNICOTT, 1956/2000, p.496). A mãe que desenvolve esse estado fornece um *setting* com suporte egóico, proteção e segurança, no qual a constituição do bebê pode se mostrar, suas tendências de desenvolvimento podem começar a se revelar e o bebê pode experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial da vida, “quando a mãe fornece uma adaptação suficientemente boa à necessidade, a própria linha de vida do bebê é pouco perturbada por reações invasivas” (WINNICOTT, 1956/2000, p.496), e assim o bebê vai aos poucos forjando seu próprio *eu*.

A mãe torna-se devotada e preocupada, devido sua intensa identificação com o bebê, como afirma Winnicott (1956/2000, p.496) “a mulher é capaz de sentir como se estivesse no lugar do bebê e desse modo identifica-se e entrega-se às necessidades do filho”, nessa fase ela é o bebê e o bebê é ela. Essa identificação além de ser da mãe com o bebê, também ocorre em relação a ela e sua própria mãe, visto que, já foi também um bebê e traz consigo as lembranças de tê-lo sido, suas necessidades e as recordações de alguém que lhe cuidou.

Esse processo de identificação inicia-se ainda na gestação, como aponta Winnicott na passagem abaixo:

Pode-se observar na mulher grávida uma crescente identificação com o filho, o qual ela associa com a imagem de um “objeto interno”, um objeto que a mãe imagina que tenha se estabelecido dentro de seu corpo e que pertence a ela, apesar de todos os elementos adversos que existem também nesse âmbito (WINNICOTT, 1967, p. 29).

Nesse ponto nota-se uma aproximação entre Winnicott e Freud, ambos atentam para a questão de que o processo de gerar um filho tem uma característica ambivalente, e que apesar de ser algo comum previsto no ciclo de desenvolvimento das mulheres, não deixa de ser marcado por angustias e inseguranças. O bebê gerado pela mulher, é ao mesmo tempo parte de si, do seu corpo e também um completo estranho, que a remete a todos as suas vivências enquanto bebê e filha. Do mesmo modo que isso a capacita a amar e cuidar do filho - a partir do cuidado que recebera e de seu próprio narcisismo - a aproxima de todas as frustrações e angustias existente no seu desenvolvimento enquanto pessoa (FREUD, 1914/1996; WINNICOTT, 1967).

Neste sentido, é importante considerar que algumas mães não conseguem entrar no estado de preocupação materna primária, ou então, atinge com um filho e não com outro. Winnicott afirma que essas mulheres não são capazes de se preocuparem com o bebê a ponto de excluírem outros interesses ou preocupações de modo temporário, elas têm uma espécie de “fuga’ para realidade” (WINNICOTT, 1956/2000). O autor aponta três aspectos que impediriam as mulheres de vivenciarem a preocupação materna primária: podem nessa fase ter grandes preocupações alternativas; uma forte identificação masculina; ou podem bloquear-se a essa entrega (WINNICOTT, 1963/1983).

Tais mulheres que não vivenciam esse estado na fase inicial, geralmente tem a necessidade de compensar o que foi perdido. “Passam por um longo período, no qual têm que se adaptar intimamente às necessidades crescentes de seu filho, e não é certo que consigam consertar à distorção inicial” (WINNICOTT, 1956/2000, p.494-495), vivenciando uma preocupação patológica. Essa incapacidade materna de se adaptar na fase mais inicial pode produzir uma aniquilação do *self* da criança (WINNICOTT, 1956/2000; WINNICOTT, 1963/1983).

Devemos ter em vista que esse estado também coloca a mãe numa situação de dependência e vulnerabilidade, afinal, com o processo de identificação que vivencia nessa fase *ela é o bebê*. A preocupação materna primária poderia ser considerada uma doença, se não fosse pela gravidez. Winnicott explica que é um estado organizado, mas que “pode ser comparado a um estado retraído, ou dissociado ou uma fuga, ou mesmo uma perturbação a um nível mais profundo, tal como um episódio esquizoide, no qual um aspecto da personalidade assume temporariamente o controle” (WINNICOTT, 1956/2000, p.494). A mãe ao alcançar

esse estado deve ser saudável o bastante para recuperar-se dele conforme o bebê vai se tornando menos dependente.

No texto em que Winnicott (1956/2000) aborda mais profundamente a questão da preocupação materna primária, ele faz uma breve referência ao impacto psíquico que a morte do bebê nesse período traz para a mãe, demonstrando o quanto vulnerável a mulher se encontra nessa fase e o quanto desestruturador isso pode ser: “se o bebê morre, o estado materno surge repentinamente como uma doença” (WINNICOTT, 1956/2000, p.494); o autor destaca ainda que a mãe ao se entregar a esse estado *assume* esse risco (WINNICOTT, 1956/2000).

Pôde-se perceber que a preocupação materna primária é um estado necessário para o exercício materno, para a constituição de uma mãe suficientemente boa (LOBO, 2008). Reitero que o ambiente maternante favorável permitirá a continuidade da linha de vida do bebê, que gradualmente se capacita para sair desse estágio de dependência total e alcançar um estado de integração, apropriação de si e percepção do mundo externo, com qual será capaz de se relacionar de forma saudável.

2.2. Funções primordiais da maternagem suficientemente boa

O ambiente materno deve exercer suas funções a partir de uma maternagem suficientemente boa, ilustrado por Winnicott na figura da “mãe suficientemente boa”. Diferente de uma figura utópica e perfeita, essa ilustração do autor corresponde a mãe que exerce na sua relação com a criança qualidades essenciais de apoio e proteção (LOBO, 2008).

Assim, a função da mãe na adaptação às necessidades do seu bebê, exige três principais tarefas, o *holding*, o *handling* e a *apresentação de objetos*, a partir das quais a cuidadora vai dando conta das necessidades maturativas da criança de integração, personalização e realização (relação com o exterior).

2.2.1. Holding

A fase de dependência absoluta é marcada pela imaturidade com que os humanos nascem; no que tange o campo psicológico, o principal aspecto dessa

prematuridade é a não-integração do ego. A partir dos cuidados apropriados (holding) o sujeito vai estruturando essa integração.

Medeiros e Aiello-Vaisberg (2014) ao discutir o conceito de holding como gesto terapêutico, defini-o como conjunto de cuidados maternos, físicos e psicológicos, dispensados ao bebê nos primeiros períodos após o seu nascimento, corresponde a fase de dependência absoluta do lactente e é caracterizado principalmente pelo termo *sustentação*, que se refere a tudo que uma mãe *é e faz* (WINNICOTT, 1987/1999). O bebê, precisa estar fisicamente e psicologicamente sustentado para desenvolver-se adequadamente; em outras palavras o holding “é uma sustentação física e psicológica nos braços e na subjetividade materna, o que favorece a constituição do bebê como unidade” (MEDEIROS; AIELLO-VAISBERG, 2014, p. 52).

A função da mãe ao fazer o holding se caracteriza em proteger o lactente da agressão fisiológica, considerando a sensibilidade física (cutânea, visual, à gravidade) do bebê; realizar uma rotina de cuidado constante (dia e noite); se adaptar as mudanças cotidianas que fazem parte do crescimento e desenvolvimento da criança, sejam elas biológicas ou emocionais; e compreender a falta de conhecimento do lactente da existência de qualquer coisa que não seja ela mesmo (WINNICOTT, 1960/1983).

A presença materna e seus cuidados capazes de aconchegar a criança por meio do colo, do embalo, da nomeação do bebê, de satisfazer suas necessidades de modo contínuo, transmitindo-lhe segurança e amor sustentam o bebê na vivência das experiências físicas e psíquicas que lhe permitirão se tornar um sujeito integrado (WINNICOTT, 1963/1983). Por meio do holding a mãe oferece-lhe ao filho como ego auxiliar, suporte para que o desenvolvimento do *eu* ainda não-integrado da criança se dê, proporcionando-lhe a integração e constituição do *self* (WINNICOTT, 1960/1983; WINNICOTT, 1963/1983).

Através do holding a mãe permite a criança a integração das experiências corporais (sensório-motoras) possibilitando a relação autoerótica do bebê com o corpo, aos pouco esse autoerotismo acrescido do amor materno, vai assentando as bases para o surgimento do narcisismo primário da criança, um modo particular de relação consigo mesmo que permite a construção de uma imagem unificada de si e posteriormente a diferenciação do *eu* e do *não eu*.

2.2.2. Handling

Handling é a integração psicossomática que surge com a manipulação afetuosa do corpo do bebê enquanto esse é cuidado. Aqui, o olhar materno se mostra fundamental para a existência subjetiva do filho, ele entra em contato com diversas partes do corpo através das mãos dedicadas da mãe, que ao realizar repetidamente as tarefas de troca e banho, por exemplo, possibilita e favorece a personalização ou localização do *self* no próprio corpo.

Ao passo que a integração vai se estabelecendo, com a continuidade do suporte materno a criança vai desenvolvendo o sentimento de estar dentro do próprio corpo, e a união psique-soma é alcançada. Essa experiência foi chamada por Winnicott (1945/2000) de personalização:

Igualmente importante, além da integração, é o desenvolvimento do sentimento de estar dentro do próprio corpo. Novamente, é a experiência instintiva e a repetida e silenciosa experiência de estar sendo cuidado fisicamente que constroem, gradualmente, o que poderíamos chamar de personalização satisfatória (WINNICOTT, 1945/2000, p. 225).

2.2.3. Apresentação de objeto

A criança depois de alcançar um estado de integração e personalização, por meio do exercício das funções maternas de holding e handling, ainda precisa trilhar “[...] uma longa caminhada antes de passar a relacionar-se como pessoa total com sua mãe total, e importar-se com as consequências de seus próprios pensamentos e atos sobre ela” (WINNICOTT, 1945/2000, p.230). O próximo passo para que isso se dê está na tarefa da mãe apresentar o mundo a criança, o que vai corresponder a um dos fenômenos do desenvolvimento maturacional, que é a *realização* - “contato com a realidade por intermédio de ilusão” (WINNICOTT, 1988, p. 34) - o que permite a aceitação, o reconhecimento e a adaptação a realidade externa a díade mãe-bebê.

Winnicott (1945/2000) considerava que “é tarefa da mãe proteger o seu o bebê de complicações que ele ainda não pode entender, dando-lhe continuidade aquele pedacinho simplificado do mundo que ele, através dela, passa a conhecer” (WINNICOTT, 1945/2000, p. 228). Deste modo, a mãe paulatinamente mostrar a

criança que existe um mundo para além dela, e proporciona um encontro do bebê com outros objetos.

Em um momento ainda primitivo da relação mãe-bebê a criança vive estados de crescente tensão como, por exemplo, a fome, tal estado capacita-o a desenvolver a expectativa de que alguma coisa surgirá para diminuir sua tensão, nas palavras de Winnicott (1945/2000) “o bebê vem ao seio, quando faminto pronto para alucinar alguma coisa que possa ser atacada. Nesse momento aparece o bico real, e ele pode então sentir que esse bico era exatamente o que ele estava alucinando” (WINNICOTT 1945/2000, p 227).

Essa sobreposição de eventos enriquece a experiência do bebê com cheiros, sensações, visão, ou seja, com elementos do mundo real, e sua continuidade possibilita a construção da capacidade de conjurar que ele próprio foi capaz de criar o objeto desejado (WINNICOTT, 1945/2000). Então, inicialmente, o bebê tem uma relação de onipotência com a realidade externa, desempenhada através das ilusões e fantasias construídas, “com a repetição desse evento, vai-se instaurando o fenômeno subjetivo de criar e re-criar o seio, a mãe, o ambiente, enfim, o mundo externo” (LOPES, 2012, p.33).

Cabe à mãe sustentar essa relação ilusória até que o bebê seja capaz de aceitar momentos de desilusão, atingindo deste modo um estágio de dependência relativa, onde se compreende como separado e sujeito à mãe. Nessa fase, o bebê consegue tolerar melhor as “falhas” da adaptação materna, e a partir delas será impulsionado a uma fase de maior independência, de acordo com Winnicott, como já citado, fase da dependência relativa (WINNICOTT, 1945/2000), período em que a mãe começa a se recuperar do estado de preocupação materna primária e naturalmente vai reduzindo seu nível de adaptação às necessidades do bebê.

Até o momento neste capítulo foi exposto os conceitos referentes ao estado psíquico materno que a prepara para exercer as funções maternas de holding, handling e apresentação de objeto, possibilitando por meio dessas a maturação saudável do bebê que assim será capaz de vivenciar de modo completo e contínuo os três processos do desenvolvimento emocional inicial: integração, personalização e realização. A partir de agora abordaremos os conceitos que fazem referência a transicionalidade, uma área mediadora entre a realidade interna e externa, um espaço de criação que nos permitirá pensar sobre a constituição da maternidade frente ao luto e iminência da perda do filho.

2.3. Espaço potencial e objetos e fenômenos transicionais

Desde o nascimento, nota-se que os bebês tendem a estimular a zona erógena oral com os punhos, dedos e polegares. Após alguns meses as crianças tendem a se apegar profundamente a algum objeto. Winnicott (1951/1975) notou que esses dois comportamentos mesmo marcando fases distintas do desenvolvimento - o primeiro se refere a uma relação autoerótica de um ego ainda não integrado, o segundo aponta para o início das relações objetais com o mundo externo ao bebê e a mãe – carregam uma relação entre si. A relação entre esses dois conjuntos de fenômenos seria a existência de uma área intermediária de experiência nomeada pelo autor de objeto transicional ou fenômeno transicional.

Os objetos e fenômenos transicionais são uma zona intermediária entre a subjetividade e objetividade, designado também como espaço potencial que permite manter, concomitantemente separadas e ligadas a realidade psíquica interna e a realidade externa objetivamente percebida. Surgem por meio da relação com a mãe e tem como finalidade inicial a redução de angústia da separação materna (WINNICOTT, 1951/1975).

A construção desse espaço intermediário só é possível com uma maternagem suficientemente boa que proporciona ao bebê o uso criativo da sua capacidade de alucinar (SANTOS, 1999). A repetição dessa experiência, como descrito acima, desencadeia a habilidade do lactante usar o recurso da ilusão, tornando possível o contato inicial entre a psique e o meio ambiente. E é nesse espaço de ilusão que essa zona intermediária de transicionalidade se estabelecerá (WINNICOTT, 1951/1975).

O objeto transicional, bichinhos de pelúcia, fralda, bonecas, etc., e os fenômenos transicionais (tudo que emerja desse espaço intermediário que funcione como uma defesa contra a ansiedade, principalmente ansiedade da separação materna: uma palavra, melodia ou maneirismo que seja vitalmente importante para a criança) representa, a transição da criança, que passa do estado fusionado a mãe para o estado em que se relaciona com ela como algo separado de si. Todo esse processo precede e prepara o bebê para a percepção da realidade externa como tal e não de maneira fantasística (WINNICOTT, 1951/1975).

Esse espaço transicional ameniza o impacto da percepção de uma realidade distinta da interna e se torna um espaço contínuo na vida humana, atravessando no tempo a ilusão do bebê, o brincar da criança e a experiência cultural vivenciada pelo adulto; e terão a função de abrandar ao longo de toda a vida a tensão do sujeito frente o relacionamento da realidade externa e interna (WINNICOTT, 1951/1975). Essa função, de acordo com Barone (2004) nos dá base para pensar nesse espaço transicional como um recurso que capacita a criança a lidar com perdas.

Essa capacidade origina do modo como a criança elabora a separação da mãe, no início da vida, e desenvolve um sentido de vitalidade e autenticidade com seu próprio self, além de estabelecer uma ancoragem saudável na realidade (BARONE, 2004, p.88).

A maternagem suficientemente boa, possibilitará a criança a construção dessa zona intermediária que oferecerá condições para que ela lide de modo saudável e criativo com a realidade externa.

Pensando nas mães desse estudo, podemos cogitar que se fazer mãe em um ambiente não adaptado para o exercício de sua função e diante a morte prevista do filho, só se torna possível por meio da manifestação do fenômeno transicional. Esse permitirá a mulher se tornar mãe num espaço situado entre a fantasia (do bebê sonhado e desejado) e a realidade (do bebê doente que não corresponderá as expectativas narcísicas e do qual em breve se separará), assim ela é capaz de lidar com essa dura realidade sem se alienar, ou alucinar ou ainda negar tal realidade, mas ao contrário cria um modo possível de se relacionar com ela, existindo enquanto mãe para seu bebê.

3. SER MÃE NO AVESSO DO NASCIMENTO

E quando o ambiente não é favorável a constituição de uma mãe? É isso que inicialmente o ambiente de uma unidade de cuidados intensivos (UTI) neonatal representa para essas mulheres. O ambiente de uma UTI apresenta-se geralmente doloroso e estressantes tanto para os bebês como para suas famílias. É um espaço altamente tecnológico, e as mães terão que compartilhar sua criança com profissionais das mais diversas áreas, que num primeiro momento são os únicos capazes de oferecer o suporte necessário para manter a vida e bem-estar do recém-nascido (MOREIRA et al, 2003).

Os bebês que ocupam esse ambiente são aqueles considerados de alto risco, portadores de quadros clínicos de prematuridade, malformações físicas, problemas ou síndromes genéticas, entre outras condições graves, e que por isso necessitam de cuidados para além daqueles ofertados pelos braços calorosos e sensíveis de suas mães e familiares. Esses bebês logo ao nascerem ou nos seus primeiros dias de vida são amparados pelos braços de médicos e acolhidos pela incubadora ou berço aquecido artificialmente, cheio de fios e alarmes sonoros e na grande maioria das vezes passam por diversos procedimentos invasivos, como aspiração de secreções, frequentes coletas de sangue para exames, intubação para garantir sua oxigenação, etc. (MOREIRA et al, 2003; BRAGA; MORSH, 2003).

Por isso ser mãe nesse contexto exige a superação de obstáculos completamente diferentes daquele que habitualmente as mulheres se deparam no encontro com seus bebês. Como foi visto, as mães constroem muitas expectativas em torno da gestação e da chegada do bebê, esperam ansiosamente o momento do nascimento, da amamentação, do retorno para casa com o filho que encherá o lar de alegria e acima de tudo que seu bebê seja saudável. Assim, o nascimento seguido de uma internação é especialmente difícil, por diversos fatores, dentre eles: pela separação abrupta após o parto; pelo bebê não responder aos apelos de contato dos pais, seja por motivo de sua prematuridade ou debilidade do seu estado físico; a mãe terá que compartilhar seu bebê com diversos profissionais que naquele momento são considerados responsáveis pela sobrevivência de seu filho; os constantes riscos e a iminência de morte (GOMES, 2002 *apud* BALTAZAR; GOMES; SEGAL, 2010).

Ao entrarem na UTI pela primeira vez, os pais experimentam um misto de sensações, dentre as quais perplexidade e medo em face de uma realidade tão distante daquela idealizada inicialmente para o bebê. Mesmo aqueles pais que foram previamente informados sobre a necessidade de internação de seus filhos logo após o nascimento, mesmo aqueles que tiveram a oportunidade de conhecer a UTI antes, experimentam um certo atordoamento, difícil de diminuir ainda nas primeiras visitas (BRAGA; MORSH, 2003, p.51).

A internação do filho na UTI neonatal coloca a maternidade em suspensão e o início da relação mãe-bebê é marcada por uma sucessão de desencontros. Mesmo quando o bebê não apresenta qualquer problema de saúde o confronto do filho imaginado com o filho real naturalmente se dá de forma descompassada, e pode por si só provocar sentimento de perda que quando não elaborado pode interferir na relação mãe-bebê, no entanto, nessa situação de internação, amplifica-se a distância entre o foi imaginado/desejado e o que a realidade apresenta, e para além disso instala-se uma ferida narcísica na mãe que se sente incapaz de produzir um filho perfeito (LEBOVICI, 1987; GOMES; PICCININI, 2010; GOMES 2007).

Como ressaltam Baltazar, Gomes e Segal (2010), nesse encontro inicial os pais vivenciam um luto (já esperado) que se dá na personificação de um bebê concreto e de um nascimento que impõe riscos. Desse modo, para além do luto do bebê imaginado, os pais estão diante da iminência de morte e da possibilidade de luto concreto. Todo esse choque emocional no momento de pós-parto da mulher, somado ao ambiente não facilitador do seu exercício materno e a fragilidade do seu bebê que pouco responde a sua presença são fatores que contribuem para um sentimento materno de irrealidade (BALTAZAR; GOMES; SEGAL, 2010; BRAGA; MORSH, 2003).

É comum as mães inicialmente terem dificuldades para se aproximarem da criança e darem início a uma relação extra útero, muitas relatam que não conseguem encontrar seu lugar ali na UTI e com frequência ficam afastada apenas como expectadora dos cuidados da equipe com o bebê. Certa vez uma mãe que tinha seu bebê nessa situação, evidencia esse aspecto ao falar da relação com o filho: “no momento estou só observando, deixo mais para as enfermeiras elas sabem o que fazer”; demonstrando nesse momento a impossibilidade de adaptação às necessidades do bebê, e nas entrelinhas, o conseqüente sentimento de impotência por ter que delegar a equipe os cuidados vitais do filho.

Nesse contexto hospitalar, no qual se dará inicialmente a construção concreta da maternidade, a mulher não tem referência de maternagem e um não saber sobre o bebê se anuncia, o que no primeiro momento reflete no adiamento do processo de identificação e na vivência do estado de preocupação materna primária. Braga e Morsh (2003), chama a atenção para o fato de que isso se dá porque quando o bebê se encontra em atendimento intensivo, suas necessidades essenciais são outras, que do ponto de vista biológico fogem a capacidade das mães, o que exige diversas adaptações, inclusive aquelas relacionadas às novas preocupações maternas. Deste modo, o processo de se tornar mães nestas contingências passa pelo intenso esforço de compreender as necessidades do filho até então impensadas, bem como o novo ambiente do qual dependerá. Assim, as progenitoras desenvolvem uma preocupação muito voltada para os aspectos clínicos do recém-nascido, que pode ser descrita da seguinte maneira:

Ao se aproximarem da incubadora, olham apenas por alguns segundos para o bebê para, logo em seguida, examinarem demoradamente a folha de enfermagem, na qual encontram as anotações sobre o peso, a alimentação e a temperatura que ele vem apresentando. Essas atitudes são comuns, e se justificam, pois, de certa forma, essas folhas de papel informam sobre a viabilidade da vida de seu filho e os progressos que ele vem alcançando. Entender o que se passa clinicamente com o bebê torna-se então uma das formas de os pais se aproximarem de seu filho, para que, ao identificar suas necessidades, possam também cuidá-las (BRAGA; MORSH, 2003, p.53).

À medida que a mãe se apropria desse novo ambiente, dos novos parâmetros e equipamentos que indicam o estado do seu bebê e suas necessidades, por meio dessa atitude denominada de preocupação médico-primária, ela vai gradualmente se permitindo a descoberta de traços familiares no bebê, sinais que decodifica como comunicação da criança, comportamentos e expressões, que passam a ser indicadores também de sua saúde e de seu bom desenvolvimento (BRAGA; MORSH, 2003). Em outras palavras, ambientadas e seguras do saber que construíram sobre esse filho via informações do estado clínico, as mães se autorizam a vivência do estado de preocupação materna primária sendo agora capazes de se identificarem e irem ao encontro dos seus bebês para acolhê-los e sustentá-los.

A superação das dificuldades ambientais e emocionais impostas pela realidade descrita implica em um complexo processo de elaboração psíquica que quando realizado, sempre de modo singular, tornará possível a sustentação da

função materna e constituição da maternidade. Destarte, abordaremos agora o impacto psíquico gerado por essa experiência.

3.1. Uma ferida narcísica reaberta

O lugar que a criança ocupa no psiquismo materno, tem a função “reparadora” de costurar suas feridas narcísicas. A concepção de um filho coloca em questão aspectos do narcisismo de cada um dos pais, assim como suas lembranças e fantasias sobre suas relações objetais primárias. O nascimento de um filho doente ou pré-maturo, leva a mulher não ao encontro da promessa de amor e reparação que o filho representa, mas sim a um imenso vazio, toda a esperança de concretização da promessa edípica de amor, de completude e reparação das falhas da história parental se esvai, o que fica são as feridas narcísicas e os velhos fantasmas edípicos.

Quando acrescentamos a isso a iminência de morte real do bebê, essa mãe é lançada para o completo desamparo. Autores apontam que uma das questões que dão conta desse renascimento narcísico refere-se ao lugar de imortalidade que o *eu* dos pais adquire por meio da criança, essa continuidade por meio do filho seria a esperança de realização daquilo que os pais não fizeram/tiveram (FERRARI; PICCININI; LOPES, 2006; FREUD, 1914/1996). A morte do filho impede que essa promessa seja realizada e a mãe revive toda a hostilidade, ódio e ciúme que estão no cerne da sua feminilidade, e a morte do filho se torna também um golpe a sua feminilidade.

Para avançar no estudo dessa ferida narcísica discutirei agora questões referente as reações emocionais perante situações de perdas significativas para os sujeitos a partir do texto “Luto e Melancolia” (FREUD, 1917/1996), o qual é considerado continuidade do texto freudiano sobre o narcisismo.

3.2. Luto e Melancolia

Freud ao discutir a reação emocional frente à perda de um objeto (pessoa ou algo que ocupa um lugar significativo), apresenta duas modalidades, o luto, reação

normal e esperada, e a melancolia, uma reação patológica, na qual ocorre a identificação narcísica com o objeto. O autor utiliza o modelo de explicação do processo de luto, fazendo as aproximações e distinções necessárias, para pensar como a melancolia se desenvolve e os aspectos que estão envolvidos no que ele acredita ser sua precondição (FREUD, 1917/1996).

Deste modo, o autor definiu o luto como uma “reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido” (FREUD, 1917/1996, p.249). Assim, a partir da percepção de que o objeto não existe mais, ou seja, do teste de realidade, o trabalho do luto se inicia, e o ego fica encarregado de fazer a retirada do investimento libidinal das diversas representações psíquicas do objeto perdido, distribuindo-o paulatinamente a outros objetos (FREUD, 1917/1996).

O abandono do objeto não é facilmente aceito e também não se dá sem sofrimento ou pesar. No trabalho que o luto realiza é comum que o indivíduo perca o interesse pelo mundo externo, pelas atividades e pessoas que não evocam ou não estejam ligadas ao objeto perdido, podendo-se constatar que a inibição e circunscrição do ego expressa “uma exclusiva devoção ao luto, que nada deixa a outros propósitos ou a outros interesses” (FREUD, 1917/1996, p.250).

A compreensão e capacidade de descrever o processo de luto tão claramente sugere ao autor que exatamente por isso tal processo não é patológico, não havendo assim, necessidade de intervenção ou tratamento. Neste trabalho psíquico o indivíduo vai super investindo cada lembrança, de modo isolado, através das quais a libido está vinculada ao objeto, havendo um apego ao objeto mediado por muito desejo, que por vezes se dá de forma alucinatória como uma tentativa de prolongamento psíquico do objeto perdido. Geralmente a realidade, sem a existência do objeto, prevalece e posteriormente, com a ajuda do teste de realidade se torna possível fazer o recolhimento desse investimento e quando o trabalho de luto se encerra, o ego fica desinibido e livre para voltar a fazer novos investimentos. (FREUD, 1917/1996)

Freud utiliza o modelo explicativo do luto para pensar como a melancolia se dá em termos psíquicos, fazendo as aproximações e distinções necessárias. Deste modo, assim como no luto, na melancolia o ego também fica inibido após a perda de algum objeto, porém como aponta Freud esta perda é de “natureza mais ideal” (FREUD, 1917/1996, p. 251). O autor destaca que neste estado geralmente não

houve uma perda real do objeto, tal perda desconhecida resultará num trabalho interno semelhante ao do luto, que será responsável pela inibição e empobrecimento do ego.

Neste estado, não é possível observar de modo claro o que foi perdido, como destaca o autor, mesmo que o paciente esteja consciente da perda que deu origem à sua melancolia, sabendo *quem* perdeu, ele não está consciente acerca do *que* perdeu nesse alguém (FREUD, 1917/1996). Deste modo, o psicanalista sugere que a “melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetal retirada da consciência” (FREUD, 1917/1996, p. 251), o *eu* do melancólico identifica-se com o objeto perdido, identificação que não ocorre no luto normal.

Assim sendo, a perda objetal se transforma em uma perda do *eu*, pois no momento em que o ego deveria investir a libido em outros objetos ele a retorna para si. Há uma identificação de caráter narcísico em consequência de uma escolha narcísica do objeto. Freud (1917/1996) também associa o ódio inconsciente pelo objeto perdido como uma das pré-condições da melancolia, ele destaca que nas situações de perda do objeto a ambivalência existente em todas as relações de afeto fica mais evidente. Agora pensemos a partir de Freud as nuances do luto nas mães que estão prestes a perderem os filhos recém-nascidos, nesses casos a perda real ainda não se deu, num primeiro momento o luto é de um objeto interno, imaginado.

3.3. O enlutamento das mães diante do risco de morte do bebê

Ao nascer uma bebê já existe um luto a ser feito pois existe um bebê imaginário que é anterior a esse. O processo de constituição da maternidade é marcado por esse e outros lutos, os quais são necessários para a adaptação da mãe a nova realidade que se apresenta e ao bebê concreto. Quando se trata de uma realidade muito distinta da imaginada, que deixa uma ferida narcísica, seu impacto será maior e exigirá mais esforços para elaboração desse luto. Mathelin (1999) ressalta que o trabalho do psicanalista com as mães na UTI é sempre um trabalho de luto, de perda e separação pois só quando elas podem simbolizar a falta é que são capazes de descolar o filho do horror da realidade e projetar algo sobre ele de um futuro possível, mesmo que esse se limite ali aos dias na UTI.

Jerusalinsky (2002) aponta que na UTI morte e nascimento se superpõe, quando isso acontece, do ponto de vista da criança, o risco é de que se perca a dimensão temporal para que possa se reproduzir a constituição subjetiva do bebê. Acredito que seja possível estender essa compreensão à mãe. Se a criança morre em um espaço de tempo no qual ainda não foi possível o reconhecimento da realidade, a elaboração mínima dos lutos, fantasias e expectativas construídas durante a gestação, nem a construção de uma relação de cuidado com a criança, essa mulher ficará impossibilitada de fabricar-se mãe, como diria Mathelin (1999).

O que dificultaria esse fabricar-se é o pouco tempo de confronto do bebê imaginado e edípico com o da realidade. A questão do tempo se faz, então, essencial, não só para a elaboração do choque inicial das mães durante os primeiros dias da criança na UTI neonatal, mas também para a confrontação dos diversos bebês (real, imaginário e edípico).

Estudos apontam que quando a mãe perde o filho ainda durante a gestação ou pouco tempo após o parto (cerca de horas ou nos primeiros dias), isto pode ser um complicador para o trabalho de luto, visto que diante da natureza traumática da perda, o pouco tempo para a elaboração subjetiva e a impossibilidade de concretização da relação com o bebê, o teste de realidade pode ser insuficiente e a mãe correria o risco de cair num enlutamento melancólico, devido a identificação narcísica presente na relação mãe e filho. A criança perdida ainda não se diferenciaria do eu materno (FREIRE, 2012; IACONELLI, 2007).

Mercer (2002), ao escrever sobre o luto perinatal, expõe que desde o anúncio ou percepção de morte eventual as reações de luto começam a ocorrer, caracterizado pela autora de luto antecipatório. Não se pode negar que a maternidade diante da morte prevista do filho é marcada pela angústia, a notícia de que a criança não tem possibilidade de cura produz inexoravelmente um efeito traumático o que pode dar espaço para a construção de uma criança fantasiada morta que se opõe a criança real ainda viva, isso pode ocorrer porque perante o sofrimento, o movimento psíquico natural seria caracterizado pelo desinvestimento da libido do mundo externo reinvestindo-a em si, o que neste contexto, pode inviabilizar a vinculação da mãe a criança (FREUD, 1926/1996; MERCER, 2002; BRUN, 1996 *apud* MERCER, 2002).

A perda um filho traz para a discussão aspectos singulares do luto. Seu caráter é tão desestruturador que o próprio Freud se questionou se para uma mãe é

possível concluir o trabalho de luto pela morte de um filho. Baltazar, Gomes e Segal (2014), descreve algumas dessas singularidades:

A morte é o puro real, algo que não podemos simbolizar. Um filho significa mais do que uma mãe consegue dizer ou sentir, uma vez que estamos no campo do inconsciente, das motivações que a levaram a gestação, sejam elas quais forem. Deste modo, a dor da separação imposta pela morte ou uma prolongada internação, é proporcional a representação psíquica deste filho e respectivamente, ao investimento libidinal sobre o mesmo. (BALTAZAR, GOMES e SEGAL, 2014, p.95)

Como já vimos, a relação da mãe com o filho se inicia bem antes do seu nascimento, ela antecipa sua chegada a partir de identificações e fantasias. Quando grávida, a mulher carrega no ventre a promessa de reparação e compensação para tudo que não foi alcançado, coloca o bebê num lugar fálico baseado na sua história, nas relações edipianas e no seu próprio percurso de torna-se mulher (FREUD, 1924). E é exatamente por isso que a perda de um filho é mais dolorosa do que qualquer outra, perde-se quase tudo de si ao perder um filho.

No que tange a situação referente ao problema desse estudo, pode-se dizer que essas mães vivenciam o luto do objeto interno porque a criança real ainda está ali ao seu alcance, ela é capaz de reconhecê-la e construir um relacionamento se assim desejar. O objeto externo, conforme a leitura freudiana, ainda não foi perdido. Matlhelin (1999), afirma que na UTI o luto pela iminência da perda real ocorre de modo silencioso, tendo na morte sempre algo de inominável (MATLHELIN, 1999).

Apesar do processo de luto pelo bebê idealizado acontecer, algo do bebê imaginado necessita permanecer, até mesmo para viabilizar o investimento da mãe na criança concreta, afinal a mãe convive com três bebês na sua mente o edípico da fantasia, o imaginário, e o da realidade (LEBOVICI, 1987), na relação com a criança esses três bebês se apresentam, ora alternados, ora justapostos. Assim, a mãe vai se construindo nesse pendulo entre a realidade interna, subjetiva e a realidade externa e objetiva.

3.4. Tornar-se mãe frente a iminência de morte do filho: uma construção possível

Diante disso, podemos nos questionar como então é possível psiquicamente uma mãe frente a iminência de morte do filho, prosseguir em seu

processo de constituição da maternidade sustentando a função materna e o investimento no bebê?

O tornar-se mãe na situação de cuidados paliativos e terminalidade da criança nos remete ao conceito de realização de Winnicott, “o contato com a realidade por intermédio de ilusão” (WINNICOTT, 1988, p.34). Lembro de uma mãe que estava com seu bebê de 3 meses nessa situação, explicando que para os médicos a criança não havia tido melhora em relação ao dia anterior, mas que para ela a filha se apresentava melhor pois estava com “aquele olhão, lindo, aberto, olhando pra mim. Antes ela tava molinha nem conseguia abrir o olho”. Essa mãe não negara a realidade da gravidade do quadro clínico da filha, mas precisava de algo que lhe sustentasse diante desse real, nesse caso o olhar da filha lhe comunicava que ela ainda podia corresponder de algum modo as expectativas do seu mundo interno, um olho lindo que ainda mantinha a vida e emanava um brilho narcísico para essa mãe.

Esse espaço transicional como já salientado, é o que vai reduzir o impacto dessa realidade tão diferente da interna (WINNICOTT, 1951/1975), realidade que no caso de um bebê em estado terminal é reafirmada diariamente e cada piora o distancia ainda mais dos desejos narcísicos materno. Para a mãe ser capaz dessa realização ela precisa ter adquirido os recursos necessários durante seu processo de constituição subjetiva, e aqui inclui necessariamente ter tido um ambiente suficientemente bom, que lhe foi capaz de permitir o sentimento de onipotência e a capacidade de ilusão, por meio dos quais aprendeu a confiar no mundo externo e mesmo quando esse for amedrontador será possível criar um modo de lidar com ele.

Winnicott (1987/1999), reconhecia que o tipo de relação primordial tida e suas recordações poderiam tanto ajudar quanto atrapalhar a mulher em sua própria experiência como mãe. Freud (1919/1996) apontou algo semelhante ao dizer que para poder investir narcisicamente em uma criança é necessário, amar o que somos, o que fomos e o que gostaríamos de ser, assim como aqueles que cuidaram de nós. Se essas experiências forem positivas a mãe será capaz, não sem esforço e sofrimento, de criar um caminho possível para exercer a maternidade, para cada história um caminho, o qual estará atrelado a constituição psíquica da mulher e consequentemente sua posição subjetiva frente a sua história infantil e a herança

deixada pelas marcas constitutivas da relação com sua própria mãe (FERRARI, PICCININI; LOPES, 2006).

A reparação narcísica que também compõe o desejo da maternidade, apesar de uma promessa extremamente frágil após o nascimento de um filho doente que não vingará, ainda assim pode mover as mulheres para se lançarem no arriscado investimento nessa criança. Como apontado por Winnicott (1951/1975), a mulher ao se entregar a preocupação materna primária, a devoção a criança, assume o risco de cair em loucura se o bebê vier a morrer. Para elucidar essas questões trago o fragmento de um atendimento:

Certa vez uma mãe me conta o quanto ficou feliz ao saber que o seu bebê seria uma menina, comemorou muito, era o que desejava, anunciou a toda a família; em seguida relata que na mesma consulta foi identificado que o bebê teria alguma má formação, mas nem a preocupou, parecia algo simples, talvez nanismo. Essa mesma mãe quando seu bebê já não tinha mais possibilidade de cura com expectativa de vida de no máximo um ano pois os problemas não era algo simples como cogitado inicialmente, foi informada que a criança devido o tipo de patologia que possuía tinha direito a um benefício social, o que a deixou muito contente, iria comprar uma casa e colocar no nome da filha, queria que ela tivesse sua própria casinha.

Essa mãe ao mesmo tempo que parecia viver outra realidade, com certeza relacionada a sua história infantil e expectativas construídas acerca dessa filha, não se distanciava totalmente da realidade de internação e impossibilidade de continuidade da vida da criança, cotidianamente sabia identificar todas as necessidades da filha, se as mudanças dos parâmetros clínicos indicavam melhora ou piora, o modo adequado de manusear a criança que devido sua patologia se apresentava extremamente vulnerável a fraturas, reconhecia também a necessidade dos familiares virem visitá-la pois seria naquele ambiente o único contato possível com o bebê vivo. O que se destaca nesse trecho citado é que mesmo nesse bebê tão diferente daquele idealizado e tão fragilizado, a mãe conseguiu encontrar pequenos fragmentos dos seus sonhos narcísicos, como o sexo do bebê e os olhos bonitos (citado anteriormente), o que tornou possível a identificação com a criança, a devoção e feticização desse bebê e consequentemente a sustentação da função materna.

A restrição dos contatos maternos com o bebê, que não podia ser segurado ou retirado do berço, gerava sentimento de frustração, angústia, pesar, sensação de que apesar de toda adaptação ainda faltava algo para que de fato ela concretizasse a maternidade. Como nos ensinou Winnicott as mães vão ao longo da

gestação se capacitando sensivelmente para exercer esse papel e as funções da maternagem, a não concretização disso após o nascimento da criança remeterá sempre ao desamparo, visto que assim como os bebês inicialmente estão na fase de dependência absoluta a mãe enquanto identificada com ele também está, e a impossibilidade de se adaptar totalmente às necessidades do bebê deixará sempre a marca da impotência e do desamparo nessas mulheres. Os destinos que cada uma dará para isso é uma questão que abre campo para novas pesquisas.

Outro aspecto destacado no fragmento desse caso é como o processo de luto vai se dando de modo silencioso, o que é uma característica já identificada pela Mathelin (1999), segundo a autora, os lutos na UTI são vivenciados silenciosamente e geralmente não temos acesso aos seus efeitos. Assim, a mãe compraria uma casa - provavelmente algo significativo dentro da sua história familiar - para a filha que morreria e no fim essa filha deixaria algo de concreto em sua vida e de certa forma a presentearia com a casa, uma das principais referências da imagem de uma família, de um lar.

Observamos aqui que a reação de luto antecipatório não provoca um desinvestimento do mundo externo ou do objeto (filha), mesmo com o objeto externo ainda presente e a decepção pela perda inexorável esse movimento de retirada da libido não ocorre. Com base nas reflexões de Barone (2004), que apresenta uma compreensão do luto a partir dos fenômenos transicionais, podemos pensar que esse trabalho do luto:

Teria como objetivo, por um lado, garantir a manutenção de uma lembrança viva de quem partiu - evitando, contudo, apelar para um estado alucinatório que faria acreditar que a separação não se deu - e, por outro, evitar abandonar-se num estado de desamparo - o qual, fiel apenas ao princípio da realidade freudiano, só registraria o espaço esvaziado. A experiência de ilusão possibilitaria encontrar uma síntese da memória com o ambiente (BARONE, 2004, p.88).

A autora defende ainda que do ponto de vista da teoria do amadurecimento de Winnicott as perdas primitivas seriam elaboradas por intermédio dos fenômenos transicionais, com o objetivo de reconstituir um espaço de existência concomitante entre união e separação. Winnicott (1971) afirma que o espaço relativo aos fenômenos transicionais é o espaço no qual a separação não é uma separação, mas sim uma forma de união. “O trabalho do luto seria justamente a manutenção do processo dialético entre realidade e fantasia” (BARONE, 2004, p.89).

Portanto, o antagonismo de se fazer mãe ao mesmo tempo em que se vive o luto do filho se faz possível nesse espaço intermediário e potencial, o qual permite a instauração de um fazer criativo, que capacita a mulher a falicizar essa criança e encontrar um sentido na sua maternagem, que mesmo amputada é a que lhe é possível. Então mesmo diante de todas as rupturas e decepções narcísicas existe aquelas mulheres que não abrirão mão de tecer pelo menos um reparo por meio da maternidade na sua história de vida.

Percebe-se assim, que essa é uma saída necessária para a sobrevivência psíquica dessas mães. Aquelas que conseguem, mesmo que em período curto de tempo, fazer essa construção da maternidade e vivê-la, realizando posteriormente o trabalho de luto, concluirá um ciclo psíquico, viabilizando deste modo um desfecho mais saudável para essa experiência. É importante considerar que essa capacidade materna está atrelada a pré-condição psíquica de cada mulher, e se dará de modo mais fluido se a própria maternidade - antes mesmo do início da gestação - não for uma questão conflituosa para ela, que a remeta a muitas demandas ainda não elaboradas.

CONCLUSÃO

Este estudo nos possibilitou compreender o processo de construção da maternidade desde o início da constituição psíquica da mulher, até a relação com o bebê quando esse começa a ter uma dependência relativa do ambiente materno. A maternidade vai se construindo no ceio da “feminilidade normal”, segundo acepção freudiana, marcada pelo forte desejo de reparação da sua história infantil.

A mulher ao gestar um filho, tem um modo peculiar de funcionamento psíquico que a permite um contato mais livre com suas lembranças, sentimentos e traumas infantis, o que vai lhe tornando capacitada para identificar e satisfazer as necessidades do seu bebê. A chegada de um filho implica também numa antecipação psíquica por parte da mãe, que constrói um *eu* antecipado para sustentação da criança, a qual em breve se cuidada de modo suficientemente bom, se fará um sujeito pertencente a si mesmo.

A interrupção desse processo com a iminência de morte do bebê, gera grande impacto no psiquismo da mulher, a qual terá que se haver concomitantemente com seu processo de constituição enquanto mãe e o luto pelo filho real e idealizado. Como forjar-se mãe frente essa realidade?

As mulheres que vivenciam essa situação encontram uma gama de obstáculos até conseguirem estabelecer uma relação com o seu bebê, e aqui os recursos psíquicos que cada uma possui facilitará ou somará mais dificuldades ao processo de tornar-se mãe nessas contingências. O estudo mostrou que a capacidade de se identificar com o bebê, de se entregar ao estado de preocupação materna primária e de adaptar-se totalmente às necessidades dos filhos são recursos que possibilitam a mulher se tornar mãe e exercer a maternagem.

As mães com filhos em estado de terminalidade que conseguem sustentar e exercer a função materna no cotidiano angustiante da UTI, segundo a literatura e evidências de fragmentos de um caso, são aquelas que capazes de se adaptar ao ambiente aversivo da internação, se apropriam dentro das suas condições cognitivas e emocionais da realidade da criança, que nesse momento vai muito além do que a preocupação primária havia lhes preparado. Agora o colo é a incubadora, os sinais de bem-estar ou não são identificados por meio dos diversos aparelhos, médicos e enfermeiros, assim, é após compreender esse novo ambiente

do bebê que as mães vão sensivelmente permitindo se entregar a preocupação materna primária e mesmo com a relação da díade sendo atravessada por toda essa gente e aparelhagem é possível exercer seu papel materno; e à medida que vão construindo um saber sobre as necessidades dos filhos as mães se autorizam a dar voz aos sinais e comportamentos da criança.

A relação se estabelece com base na identificação materna com a criança e também por meio de adaptação possível às necessidades dessa, a qual nesse contexto sempre será uma adaptação não total, que remete à mãe ao desamparo. Para Winnicott (1965/2005), a mãe que é capaz de atender às necessidades do filho se sente amada em sua relação com o pai da criança e familiares, portanto se adaptar profundamente ao filho lhe oferecendo a sensação de onipotência sobre o mundo tem algo de reparador para a mulher.

Considerando isso é importante ter em vista que toda a preparação psíquica da mãe se desenvolve de modo com que ela seja capaz de realizar uma adaptação absoluta ao bebê, a impossibilidade de concretizar isso quando a realidade lhe impõe outro destino - apesar de todas as adaptações possíveis - sempre abre a possibilidade para que algo traumático se instale. Desse modo, o estudo nos propõe pensar no contato com essa realidade imposta mediada por um espaço psíquico intermediário. Esse recurso auxiliará a mãe na vivência dos dois processos antagônicos de tornar-se mãe ao mesmo tempo em que vivencia o luto pela morte prevista do filho e possibilitará uma saída mais saudável para essa experiência.

As vivências do luto podem trazer várias repercussões para o processo de se fazer mãe, pode interferir barrando esse processo quando dificulta a vinculação, aproximação e investimento da mãe com o bebê, ou quando a morte da criança acontece em um espaço temporal muito curto para a elaboração mínima dos lutos necessários a serem feitos - do bebê imaginado e edípico. Esse pouco tempo de confronto do bebê pré-existente com o da realidade inviabilizaria esse ciclo da constituição da maternidade, sua vivência e posteriormente do luto pela perda da criança.

Quando o luto é experienciado no espaço intermediário, a mulher é capaz de manter fantasias e desejos do seu mundo interno, mesmo com a ruptura brutal que a iminência da morte de um filho traz para o processo de constituição da maternidade. A manutenção desse mundo interno fantasmático da mãe vai

possibilitar a continuidade do investimento no seu bebê. O trabalho de luto não é realizado de modo a interromper o ser mãe, ele vai se dando de forma a manter um sentido, um registro que sustente a vitalidade do *eu* materno sem sucumbir a dura realidade.

O presente trabalho conseguiu trazer as respostas para suas questões iniciais e agora tem a chance de sensibilizar, inquietar e fomentar novos estudos sobre a constituição e exercício da maternidade em situação de cuidados paliativos em fase de terminalidade do filho recém-nascido. Essas mães vivem suas dores geralmente de modo silencioso, muitas vezes sem o reconhecimento social ou familiar, pesquisas sobre os destinos que essas mulheres dão a essa intensa e traumática vivência se faz essencial não só para ampliar o conhecimento sobre o vasto terreno da psique humana, como também para tornar mais sensível nossa escuta a essas mães.

Também é preciso pensar e desenvolver pesquisas que visem amparar essas mães de modo a contribuir para a prevenção da saúde mental dessas mulheres. Viabilizando-as a realizarem esse difícil ciclo, porém possível, de construção da maternidade e posteriormente do luto. Passar por essas etapas de constituir-se mãe, exercer a maternagem e viver o luto, pode evitar que a continuidade desse trabalho de luto se dê de modo patológico/complicado.

Não podemos perder de vista que essas mães ainda vivenciarão diversos lutos no retorno para casa, esse será o momento do confronto com outra dura realidade, o quarto montado, o berço vazio, as roupinhas sem o bebê, a vida social sem a criança. Desse modo, deve-se considerar a necessidade de trabalhos com foco na manutenção da saúde mental materna, tanto durante a vivência dessa experiência de maternagem no ambiente das UTIs neonatais, quanto após o retorno ao seu contexto social e familiar.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, R. O. **A construção do espaço psíquico materno e seus efeitos sobre o psiquismo nascente do bebê**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2007.

BALTAZAR, D. V.; GOMES, R. F. S.; SEGAL, V. L. Construção de vínculo e possibilidade de luto em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 88-98, jun. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2016.

BARONE, K. C. O trabalho de luto à luz dos fenômenos transicionais. In: AIELLO-VAISBERG, T.; AMBRÓSIO, F. F. (Org.). **Cadernos Ser e Fazer- O Brincar**. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, p. 87-98. 2004. Disponível em <<http://serefazer.psc.br/wp-content/uploads/2012/10/luto.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

BRAGA N.A.; MORSH, D.S. Os primeiros dias na UTI. In: MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A.; MORSCH, D.S (Org.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal**. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003, p.51-67. ISBN 978-85-7541-357-9. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações**. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BYDLOWSKI, M. O olhar interior da mulher grávida: Transparência Psíquica e representação do objeto interno. In: CORRÊA FILHO, L; CORRÊA, M; França, P. (Org.). **Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê**. (p. 205-214). Brasília: L.G.E. Editora 2002.

COSTA, J. F. F. **Transparência psíquica: experiência de transformação materna, uma perspectiva da psicanálise**. (Tese mestrado) - Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, 2006.

FARIAS, C. N. F.; LIMA, G. G. A relação mãe criança: esboço de um percurso na teoria psicanalítica. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 12-27, jun. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282004000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2017.

FERRARI, A. G.; DONELLI, T. M. S. Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 3, n. 2, p. 106-112, dez. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822010000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2016.

FERRARI, A.; PICCININI, C.; LOPES, R. O narcisismo no contexto da maternidade: algumas evidências empíricas. **PSICO**, PUCRS, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 271-278,

2006. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1448/1136>>
> Acesso em: 18 abr. 2006.

FREIRE, T. C. G. P. **Transparência psíquica em nova gestação após natimorto**. (Tese mestrado) - Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, 2012.

FREUD, S. (1911 [1910]). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia autobiograficamente descrito. In: **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, Imago, 1996. v. 12.

_____. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (J. Salomão, trad.), Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14.

_____. (1917) Luto e melancolia. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (J. Salomão, trad.), Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14.

_____. (1919). O estranho. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, (J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. 1996. v. 16.

_____. (1923). A organização genital infantil (Uma interpolação na Teoria da Sexualidade). In **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. v. 19.

_____. (1924). A dissolução do complexo de Édipo. In **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. v. 19.

_____. (1925). Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. In **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. v. 19.

_____. (1926). Inibição, sintoma e angústia. In **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. v. 20.

_____. (1931). Sexualidade feminina. In **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad.) Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. v. 21.

_____. (1932). Feminilidade. In **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1996. v. 22.

GIANLUPI, A. G. F. **Tornar-se mãe: a maternidade da gestação ao primeiro ano de vida do bebê**. (Tese doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2003.

GOMES, A. G. **Malformação do bebê e maternidade**: impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações da mãe. (Tese doutorado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

GOMES, A G.; PICCININI, C. A. Malformação no bebê e maternidade: aspectos teóricos e clínicos. **Psicologia Clínica**, v. 22, n. 1, p. 15-38, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v22n1/a02v22n1>>. Acesso em: 11 mar. 2016

IACONELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo , v. 10,n. 4,p. 614-623, Dec. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2016.

JERUSALINSKY, J. Crônica de um bebê com morte anunciada - intervindo com a instauração do sujeito na iminência da morte. In: BERNARDINO, L. & ROHENKOHL, C. (org.). **O bebê e a modernidade**: abordagens teórico-clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2002. p. 169-178.

KRODI, P. Cuidados paliativos em neonatologia: a escuta do indizível. In: KUPFER, M.C.; TEPPERMAN, D. (Org.). **O que os bebês provocam nos psicanalistas**. São Paulo: Escuta, 2008.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. **Vocabulário da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Martins Fonte. 1988.

LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1987.

LOBO, S. **As condições de surgimento da “Mãe suficientemente boa”**. In: XVII Encontro Latino-americano sobre o pensamento de Winnicott: Ressonâncias. São Paulo, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000400009>. Acesso em: 15 fev. 2017.

LOPARIC, Z. A teoria Winnicotiana do amadurecimento pessoal. **Infanto – Rev. Neuropsiq. da Inf e Adol.** V. 7 (supl. 1), 1999, p. 8-41.

LOPES, C. M. B. **As vicissitudes da constituição da função materna**: um percurso teórico em Winnicott e Freud (tese mestrado). Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2012.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez**. Petrópolis: Vozes.1986.

MARSON, A. P. Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa... **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 161-169, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2016.

MATHELIN, C. **O sorriso da Gioconda**: clínica psicanalítica com os bebês prematuros. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1999.

MEDEIROS, C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Reflexões sobre holding e sustentação como gestos psicoterapêuticos. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 49-62, Dec. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652014000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2017

MERCER, V.R. Volte para casa e desmanche o quartinho. O luto perinatal. In: BERNARDINO, L.; ROHENKOHL, C. (org.). **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas**. São Paulo: Casa do psicólogo; 2002. p. 205-18.

MOREIRA M. E. L., et al. Conhecendo uma UTI neonatal. In: MOREIRA, M.E.L; BRAGA, N.A; MORSCH, D.S (orgs.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal**. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003, p. 31-42. ISBN 978-85-7541-357-9. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

PICININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicol. estud.**, Maringá, v.13, n.1, p.63-72, Mar. 2008. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2016.

SANTOS, M. A. A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2017.

WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 218-232.

_____. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais In: **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1956). A preocupação materna primária. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 399-405.

_____. (1960) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 38-54.

_____. (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, p. 79-87.

_____. (1965). Os efeitos da psicose sobre a vida familiar. In: _____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 89-100.

_____. (1987). A mãe dedicada comum, In: _____. **Os bebês e suas Mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 01-11.

_____. (1988). O Psicossoma e a mente. In: _____. **Natureza Humana**. Rio de Janeiro. Imago, 1988.